

Qualitätsbericht 2013

nach der Vorlage von H+



Psychiatrie

Psychiatriezentrum Münsingen PZM
Hunzigenallee 1
Postfach
3110 Münsingen

Freigabe am: 30.04.2014
durch: Ineichen Rolf, Klinikdirektor

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege für das Berichtsjahr 2013.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zu Angebot und Kennzahlen der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeitende aus dem Gesundheitswesen, Gesundheitskommissionen und Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Bezeichnungen

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichts zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele	2
	B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013	2
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013	2
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	2
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements.....	3
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	3
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	4
	C1 Angebotsübersicht	4
	C2 Kennzahlen 2013	4
	C3 Kennzahlen Psychiatrie 2013	4
	C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2013.....	5
D	Zufriedenheitsmessungen	6
	D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	6
	D2 Angehörigenzufriedenheit	8
	D3 Mitarbeiterzufriedenheit.....	8
	D4 Zuweiserzufriedenheit	9
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	10
	E2 Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie	10
	E2-1 Erwachsenenpsychiatrie.....	11
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013	13
G	Registerübersicht	13
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	14
	H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	14
	H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	14
	H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte	16
I	Schlusswort und Ausblick	18
J	Anhänge	19

A

Einleitung

Vorwort H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen Messungen teil. In der Akutsomatik bzw. Psychiatrie erhoben die Spitäler und Kliniken im Berichtsjahr 2013 Qualitätsindikatoren gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) bereits zum dritten bzw. zweiten Mal. In der Rehabilitation begannen die flächendeckenden Messungen am 1. Januar 2013. Ausserdem wurden 2013 erstmals nationale Messungen bei Kindern- und Jugendlichen in der Akutsomatik und Psychiatrie durchgeführt.

Die Sicherheit für Patienten und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Die Stiftung patientensicherheit schweiz lancierte 2013 die nationalen Pilotprogramme „progress! Patientensicherheit Schweiz“. Diese sind Bestandteil der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert. Die ersten beiden Programme fokussieren auf die Sicherheit in der Chirurgie und die Sicherheit der Medikation an Schnittstellen.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Die von H+ empfohlene und von einigen Kantonen geforderte Veröffentlichung von Qualitätsberichten ist sinnvoll. Wir hoffen, Ihnen mit dem Qualitätsbericht 2013 des Psychiatriezentrum Münsingen wertvolle Informationen liefern zu können.

Das PZM ist eine öffentlich-rechtliche Institution des Kantons Bern mit einem umfassenden Behandlungsangebot der stationären, teilstationären und ambulanten Psychiatrie für Erwachsene. Der Leistungsumfang wird jährlich durch eine Leistungsvereinbarung mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) festgelegt.

Das revidierte KVG sieht die freie Spitalwahl für alle Patientinnen vor. Das PZM hat nun kein eigenes Versorgungsgebiet, sondern ist aufnahmepflichtig für alle zugewiesenen Patienten

Das PZM stellt die psychiatrische Versorgung von Erwachsenen sicher, betreibt zwei Wohnheime und verschiedene Werkstätten. Zu den wichtigsten Anspruchsgruppen gehören Patienten, Bewohner, Angehörige, Zuweiser, die Gesundheits- und Fürsorgedirektion sowie Krankenversicherungen und weitere finanzierende Institutionen.

Für diese Anspruchsgruppen werden die folgenden Dienstleistungen sichergestellt:

- Fachklinik für Psychiatrie (FaP)
- Fachklinik Alterspsychiatrie Münsingen (FAM)
- Fachbereich Wohnen und Arbeiten

Dieses Angebot beinhaltet die Aufnahme, Abklärung, Diagnostik und umfassende Behandlung für psychisch kranke Erwachsene. Unser therapeutisches Handeln beinhaltet als Schwerpunkte die Psychotherapie, die Soziotherapie und die Pharmakotherapie. Diese werden ergänzt durch ein breites Spektrum von Spezialtherapien wie Beschäftigungstherapie, Musiktherapie, Bewegungstherapie oder Physiotherapie.

Die Fachklinik für Psychiatrie gliedert sich in vier diagnosespezifische Bereiche:

- Aufnahme, Therapie und Rehabilitation für Menschen mit Persönlichkeits-, affektiven und neurotischen Störungen (PAN)
- Aufnahme, Entzug und Therapie für Alkohol- und Medikamentenabhängige (A-Linie)
- Aufnahme, Therapie und Rehabilitation von psychotisch Erkrankten (TREpE)
- Kompetenzzentrum für Menschen mit einer geistigen Behinderung (KogB)

Die Fachklinik für Alterspsychiatrie behandelt ältere Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen und somatischen Begleiterscheinungen:

- Aufnahme, Abklärung und Triage
- Krisenintervention
- Psychotherapie

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Das PZM will

- die Bedürfnisse der internen und externen Kunden optimal befriedigen.
- eine Verbesserung der psychischen und körperlichen Gesundheit sowie der Lebensqualität der Patienten anstreben.
- die Patienten, Angehörigen, Zuweisenden und nachbehandelnden Personen rechtzeitig und - innerhalb der gesetzlichen Möglichkeiten - vollständig informieren.
- eine gute Erreichbarkeit des Behandlungsteams garantieren.
- die zur Verfügung stehenden Ressourcen bedarfsorientiert, zweckmässig und nach ökonomischen Kriterien einsetzen.
- qualifiziertes Personal zur Verfügung stellen.
- eine hohe Zufriedenheit der Mitarbeitenden erreichen.

X Die Qualität ist in der Unternehmensstrategie resp. in den Unternehmenszielen explizit verankert.

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013

- Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Diensten Thun sowie der Spitex Thun, um psychisch, anhaltend kranken Menschen ein Leben ausserhalb des PZM zu ermöglichen.
- Umsetzung des Psychiatriestandards des Kantons Bern

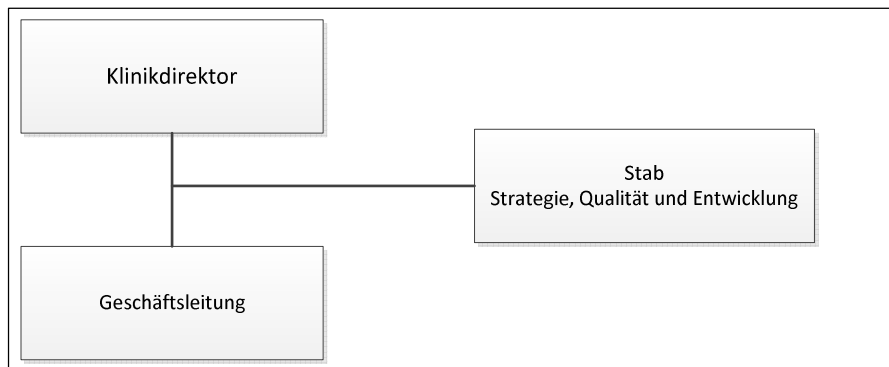
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013

- Verabschiedung der Gesamtstrategie 2013-2016 und Erteilung der Teilaufträge in den verschiedenen Bereichen
- Einführung eines Coachings für neue Pflegefachpersonen
- Einführung eines standardisierten Beschaffungsmanagements
- Einführung eines strukturierten Pflegeprozesses (elektronisch)
- Entlastung des Pflegepersonals im Alltag
- Erreichung der „Anerkennung zur Excellence“ mit 4 Sternen
- Einführung einer Beratungsstelle für ethische Fragestellungen
- Einführung eines stufengerechten Kennzahlen-Cockpits als Führungsunterstützung

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Vorbereitung auf die geplante Verselbständigung im 2017
- Entwicklung und Festlegung einer neuen Organisationsstruktur
- Abschluss des Projektes „Fachentwicklung Alterspsychiatrie“
- Entwicklung des Bereiches „Affektive Störung“
- Eröffnung einer Station für Krisenintervention
- Öffnung der Stationen

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere Organisationsform: Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt dem Klinikdirektor unterstellt.
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	100% Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Frau Joëlle Pougner	031 720 86 03	joelle.pougner@gef.be.ch	Stabstelle Strategie, Qualität und Entwicklung

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot.

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht aufgeschaltet:

http://www.pzm.gef.be.ch/pzm_gef/de/index/ueber_das_pzm/ueber_das_pzm/unternehmen.html

Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Spitalportal unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Psychiatriezentrum Münsingen → Kapitel „Leistungen“.

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete
Psychiatrie und Psychotherapie

Heilungsprozesse sind komplex und bedürfen zahlreicher therapeutischer Leistungen, die als Ergänzung zum ärztlichen und pflegerischen Fachwissen die Genesung optimal unterstützen.

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Ernährungsberatung		
Neuropsychologie		
Physiotherapie		
Psychologie		
Psychotherapie		

C2 Kennzahlen 2013

Die Kennzahlen 2013 finden unter diesem Link im aktuellen Jahresbericht:

http://www.pzm.gef.be.ch/pzm_gef/de/index/ueber_das_pzm/ueber_das_pzm/unternehmen.html

Bemerkung

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2013

Kennzahlen ambulant			
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	Durchschnittliche Behandlungsdauer in Tagen
Ambulant	1'104	---	---
Tagesklinik			

Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	Geleistete Pflage tage
Stationär	298	2285	39.0	99'357

Fürsorgetische Unterbringung bei Eintritt (unfreiwilliger Eintritt)	---	821	--	--
---	-----	-----	----	----

Hauptaustrittsdiagnose			
ICD-Nr.	Diagnose	Anzahl Patienten	In Prozent
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	135	6.7%
F1	Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	562	27.8%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	409	20.2%
F3	Affektive Störungen	393	19.4%
F4	Neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störung	187	9.2%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	8	0.4%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	161	8.0%
F7	Intelligenzminderung	52	2.6%
F8	Entwicklungsstörungen	10	0.5%
F9	Verhaltensstörungen und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1	0.0%
	ICD-Nr. G,I,K,R, T	104	5.1%
	Total	2022	100%

C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2013

Kennzahlen	Werte 2013	Werte 2012	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.2013	59	61	Anzahl Wohnheimbewohner
Geleistete Pflegetage	21'581	22'135	Pflegetage Wohnheim
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2013	65	65	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	365	363	Anzahl Pfl. / Anzahl Bewohner
Durchschnittliche Auslastung	91.0	93.3	Auslastung der Wohnheime

D

Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise → Siehe dazu Informationen für das Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot → Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht .		
	Begründung	--	
X	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
	X	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2015

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
X	Im ganzen Betrieb	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
X	In allen Kliniken	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	5.43 / 7.0	Mittelwert 5.66
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Zusammenarbeit mit Arztdienst	5.79 / 7.0	Mittelwert 5.75
Zusammenarbeit mit Psychologen	5.95 / 7.0	Mittelwert 5.96
Zusammenarbeit mit Pflegebezugsperson	5.77 / 7.0	Mittelwert 6.00
Zusammenarbeit mit Sozialmitarbeitenden	5.56 / 7.0	Mittelwert 5.60
<input type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
X	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument	
<input type="checkbox"/>	Picker	Name des Instruments	Name des Messinstituts
<input type="checkbox"/>	PEQ		
X	MüPF(-27)		
<input type="checkbox"/>	POC(-18)		
<input type="checkbox"/>	PZ Benchmark		
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments	Fragebogen	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Es werden alle Patientinnen und Patienten, welche nicht unter die Ausschlusskriterien fallen, befragt.	
	Ausschlusskriterien	Patientinnen / Patienten: <ul style="list-style-type: none"> • mit Demenz • mit einer Aufenthaltsdauer von weniger als 2 Nächten • wenn der Wiedereintritt innerhalb von weniger als 3 Monaten erfolgt ist und beim letzten Eintritt bereits ein Fragebogen zugestellt wurde. 	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozent		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerdemanagement oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.	
X	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
	Bezeichnung der Stelle
	Name der Ansprechperson
	Funktion
	Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)
	Bemerkungen

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Aufbau eines internen Beschwerdemanagements	Patienten haben bei Problemen einen internen Ansprechpartner	Ganze Klinik	Konzeption 2014 Umsetzung 2015

D2 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigen-zufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
X	Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht .
Begründung	Das PZM bietet eine Beratungs- und Informationsstelle für Angehörige an. In Einzelgesprächen können Fragen zur Erkrankung, zum Umgang mit schwierigen Situationen und zu möglichen Hilfsangeboten geklärt werden. Ebenfalls werden diagnosespezifische Gruppenangebote durchgeführt. Eine Erhebung der Angehörigenzufriedenheit bezüglich der Gruppenangebote findet regelmässig statt.

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter das Spital als Arbeitgeberin und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht .
Begründung	
X	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.
X	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2012
Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2015

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?	
X	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
X	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Werte	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	84,9	
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	88.4	Dieser Wert beinhaltet jene MA mit einer Beurteilung zwischen mittelmässig (15.4%), eher zufrieden (53.8 %) und sehr Zufrieden (19.2%). Dieses Ergebnis entspricht dem Benchmark (89.3)
Pflegepersonal	79.1	Dieser Wert beinhaltet jene MA mit einer Beurteilung zwischen mittelmässig (21,8%), eher zufrieden (45%) und sehr Zufrieden (12.3%). Dieses Ergebnis ist schlechter als der Benchmark (84.7)
Med. therap. Personal	94.4	Dieser Wert beinhaltet jene MA mit einer Beurteilung zwischen mittelmässig (22,2%), eher zufrieden (52.8%) und sehr Zufrieden (19.4%). Dieses Ergebnis ist deutlich besser als der Benchmark (86.8)
Hauswirtschaftspersonal	95.2	Dieser Wert beinhaltet jene MA mit einer Beurteilung zwischen mittelmässig (20,2%), eher zufrieden (34.5%) und sehr zufrieden (40.5%). Dieses Ergebnis ist besser als der Benchmark (91.6)

Verwaltung und Dienste	87.5	Dieser Wert beinhaltet jene MA mit einer Beurteilung zwischen mittelmässig (25,0%), eher zufrieden (39.6%) und sehr Zufrieden (22.9%). Dieses Ergebnis entspricht dem Benchmark (89.6)
X	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:	2012
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
X	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

X	Externes Messinstrument			
	Name des Instruments	Mitarbeiterzufriedenheit	Name des Messinstituts	Mecon
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument			
	Beschreibung des Instruments	Fragebogen		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Anstellungsdauer MA > 1 Monat im PZM		
	Ausschlusskriterien	Anstellungsdauer MA < 1 Monat im PZM		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		440		
Rücklauf in Prozent		62.7	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein X Ja

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Verschiedenen Verbesserungsaktivitäten werden zwischen 2013 und 2014 umgesetzt	<ul style="list-style-type: none"> Förderung der interne Kommunikation Förderung der interdisziplinärer Zusammenarbeit 	Ganze Klinik	01.09.2013 – 31.12.2015

D4 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweiser (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt empfohlen hat. Die Messung der Zuweiser-Zufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
X	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.	
	X	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2015

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?

X	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
X	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	80 %	
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
X	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert.	2012 / 2013
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
X	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
X	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	Zuweiserbefragung Psychiatrie	Name des Messinstituts HCRI (ex Verein Outcome)
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments	Fragebogen	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	Alle Zuweiser, die mindestens 2 Patienten pro Jahr zuweisen		
	Ausschlusskriterien	Interne Zuweisungen, zum Beispiel über Ambulatorium		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		77		
Rücklauf in Prozent		32.5	Erinnerungsschreiben?	X Nein <input type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Austrittsprozedere	Die Austrittsmodalitäten sind mit den Zuweisern besser abgestimmt.	Medizinische Direktion	2012 - 2014
Aufnahmefähigkeiten	Die Aufnahmefähigkeit des PZM kann auf Kapazitätsschwankungen besser reagieren.	Medizinische Direktion	2012 - 2014

E Nationale Qualitätsmessungen ANQ

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQs ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Die Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Der ANQ veröffentlicht gewisse Messergebnisse vorerst noch in pseudonymisierter Form, da die Datenqualität noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Den Spitälern und Kliniken ist es selbst überlassen, ob sie ihre Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht, publizieren möchten. Bei solchen Messungen besteht die Option auf eine Publikation zu verzichten.

E2 Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Die ANQ-Messvorgaben gelten für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines

akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote. Bei allen Patienten wird die Symptombelastung (Anzahl und Schweregrad vorhandener Symptome einer psychischen Störung) bei Ein- und Austritt erfasst. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung der Symptombelastung (als Delta zwischen Ein- und Austritt) ausgewertet. Zusätzlich werden freiheitsbeschränkende Massnahmen erhoben, insofern eine Klinik solche einsetzt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messbeteiligung			
Der Messplan 2013 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Psychiatrie:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Erwachsenenpsychiatrie			
Symptombelastung mittels HoNOS Adults (Fremdbewertung)	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptombelastung mittels BSCL (Selbstbewertung)	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen mittels EFM	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendpsychiatrie			
Symptombelastung mittels HoNOSCA (Fremdbewertung)	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Symptombelastung mittels HoNOSCA-SR (Selbstbewertung)	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Bemerkung			

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel

Da die Psychiatriekliniken sehr unterschiedliche Patientengruppen haben, lassen sich die klinikindividuellen Messergebnisse nur punktuell vergleichen. Nationale Vergleichswerte von Kliniken finden sich im Nationalen Vergleichsbericht Outcome des ANQ.

National vergleichende Messergebnisse
Der nationale Vergleichsbericht Outcome (Messungen 2013) wird im Herbst 2014 auf der ANQ Webseite veröffentlicht: www.anq.ch/psychiatrie

E2-1 Erwachsenenpsychiatrie

Die nationalen Qualitätsmessungen in der stationären Erwachsenenpsychiatrie erfolgen seit dem 1. Juli 2012.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung)
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie
Bemerkung		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
X	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
X	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Symptombelastung mittels HoNOS Adults

HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 12 Items. Die Erhebung basiert auf der Befunderhebung der Fallführenden (Fremdbewertung).

Klinikindividuelle Ergebnisse			
HoNOS Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ¹	Maximal mögliche Verbesserung
		- 48 Punkte	+ 48 Punkte
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
X Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung	Die Datenqualität aller teilnehmenden Kliniken lässt keine Interpretation der Ergebnisse zu.		

Symptombelastung mittels BSCL

BSCL (Brief Symptom Checklist) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 53 Items. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patienten.

Klinikindividuelle Ergebnisse			
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ²	Maximal mögliche Verbesserung
		- 212 Punkte	+ 212 Punkte
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
X Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung	Die Datenqualität aller teilnehmenden Kliniken lässt keine Interpretation der Ergebnisse zu.		

Freiheitsbeschränkende Massnahmen mittels EFM

Der EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Diese sollten selten und nur gut begründet und v.a. unter zwingender Beachtung der nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen eingesetzt werden. Erfasst werden von den Fallführenden bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie gerontotypische Sicherheitsmassnahmen wie Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse zu den freiheitsbeschränkenden Massnahmen
National vergleichende Ergebnisse finden Sie im nationalen Vergleichsbericht auf der ANQ Webseite: www.anq.ch/psychiatrie
Deskriptive Angaben zur Erhebung finden sich im Kapitel F4.

¹ Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim HoNOS auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht des/der Behandelnden. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 48 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder bei Eintritt den Patienten komplett ohne Symptome einschätzt und bei Austritt bei allen 12 symptombezogenen HoNOS-Fragen eine totale Verschlechterung einschätzt. „+ 48 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder den Patienten bei Klinikeintritt maximal symptombelastet und bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

² Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim BSCL auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht der Patientin resp. des Patienten. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 212 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Patient bei Eintritt in seiner Selbsteinschätzung komplett ohne Symptome eintritt und bei Austritt in seiner Selbsteinschätzung bei allen 53 symptombezogenen BSCL-Fragen eine totale Verschlechterung eingetreten ist. „+ 212 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Patient in der Selbsteinschätzung bei Klinikeintritt maximal symptombelastet ist und sich bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

Verbesserungsaktivitäten in der Erwachsenenpsychiatrie

Verbesserungsaktivitäten

Diverse Massnahmen zur Verbesserung der Datenqualität sind in Umsetzung. Ob als Folge der ANQ-Messungen Verbesserungsaktivitäten in Zukunft möglich werden, ist fraglich.

F

Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013

Weitere Qualitätsmessungen

Es werden regelmässig diverse Qualitätsmessungen wie Erfolgsergebnisse, Leitungsergebnisse und Prozesskennzahlen erhoben und intern besprochen.

G

Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

Nimmt der Betrieb an Registern teil?

Nein, unser Betrieb nimmt an **keinen Registern** teil.

Begründung Psychiatrie

Ja, unser Betrieb nimmt an folgenden **Registern** teil.



Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter www.spitalinformation.ch zu finden.

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
EFQM-Modell	Ganze Klinik	2011	2013	Anerkennung zur Excellence, 4 Sterne
Rekole	Ganze Klinik	2011	2011 (nächste Erhebung 2016)	Internes Audit hat im 2013 stattgefunden.

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit), welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Überarbeitung des QM – Handbuches in den Wohnheimen und Umsetzung der neu festgelegten Prozesse	Die QM Kernprozesse sind überarbeitet und umgesetzt.	Wohnheime	2011 - 2014
Überarbeitung des QM – Handbuches in den Ateliers und geschützten Werkstätten sowie Umsetzung der neu festgelegten Prozesse	Die QM Kernprozesse sind überarbeitet und umgesetzt.	Ateliers und geschützte Werkstätten	2013 - 2014
Benchmark Zwangsmassnahmen	Gezielter Einsatz und Optimierung der Abläufe bei der Handhabung von Zwangsmassnahmen	Medizinische Direktion	laufend
Basic life Support + AED	Sicherstellung der Kompetenz und Sicherheit in lebenserhaltenden Massnahmen für alle Mitarbeitende der med. Dir.	Medizinische Direktion	laufend
PZM-Prozesse	Alle PZM-Prozesse werden laufend überprüft und wo nötig angepasst.	Gesamtklinik	laufend
Erhebung der Patientenzufriedenheit	Resultate aus der Patientenzufriedenheit, welche ein Benchmark zulassen. Verbesserungsmöglichkeiten werden identifiziert und entsprechende Massnahmen umgesetzt.	Gesamtklinik	laufend

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Einführung eines Führungs- und Planungsinstruments	<ul style="list-style-type: none"> Festlegung von strategischen und operativen Zielen Planung des Finanz- und Personalbedarfs 	Gesamtklinik	laufend
Leistungserfassung	Die Leistungserfassung mit der Methode tacs (Tätigkeitanalyse Controllingsystem) ermöglicht sämtliche Leistungen direkt den Patienten / zuständigen Bereichen zuzuordnen.	Gesamtklinik	laufend

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein CIRS?
Begründung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein CIRS eingeführt.
X	Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.
Bemerkung	Die CIRS-Meldungen werden intern analysiert. Es werden regelmässig Verbesserungsmassnahmen initiiert.

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit) aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitel	Standards für die Patientenprozesse in der psychiatrischen Versorgung	
Bereich	<input type="checkbox"/> internes Projekt	X externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Es werden flächendeckend Psychiatrie-Standards im Kanton Bern umgesetzt, welche: <ul style="list-style-type: none"> • die Behandlungsqualität erhöhen. • den Berner Psychiatriegrundsätzen entsprechen. • dem State-of-the-Art psychiatrischer Versorgungs- /Behandlungsprozesse entsprechen. • die ganze Behandlungskette (vor- und nachstationäre Behandlung) sowie die Koordination, die Integration und die Vernetzung sicherstellen. 	
Beschreibung	Die Standards für die Patientenprozesse in der psychiatrischen Versorgung im Kanton Bern beschreiben Vorgaben, nach denen ein beliebiger Einwohner bei einem erhöhten Risiko im Bereich der psychischen Gesundheit oder bei einer aktuellen Störung eine adäquate und gute psychiatrische Behandlung erhält. Die Standards wurden aufgrund von Interviews mit Ressourcen- und Schlüsselpersonen in der psychiatrischen Versorgung sowie einer ausführlichen Literaturrecherche entwickelt. Dabei wurden wesentliche Themenbereiche der Gesundheitsförderung wie Prävention, Risikomanagement, Früherkennung und Rückfallprävention integriert. Sie haben für die Versorger der kantonalen Psychiatrie verbindlichen Charakter. Ihre Umsetzung ist in den Leistungsvereinbarungen und –verträgen verankert.	
Projekttablauf / Methodik	Im PZM sind die Standards Schritt für Schritt in die medizinischen Prozesse und / oder Projekte integriert worden. Der Ergebniserfolg wird durch die Zufriedenheitserhebung der Patienten / Zuweiser sichergestellt.	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen, welche in direktem Kontakt zu den Patienten stehen	
Projektevaluation / Konsequenzen	Bis heute sind folgende Standardelemente flächendeckend umgesetzt worden: <ul style="list-style-type: none"> • Bei Patienteneintritt wird ein interdisziplinäres Behandlungsteam festgelegt. • Der Patient beteiligt sich aktiv an der Festlegung der Therapieziele. Dabei stehen seine Präferenzen/Aversionen in Vordergrund. • Es finden in regelmässigen Abständen Standortbestimmungen mit den Patienten und dem Behandlungsteam statt. • Die Angehörigen und die Zuweiser werden in die Behandlung miteinbezogen (sofern der Patient zustimmt). • Bei Bedarf wird das Gespräch mit dem Arbeitgeber gesucht (sofern der Patient zustimmt). • Vor dem Austritt werden alle relevanten beteiligten Stellen (Nachbehandler, Angehörige, etc. frühzeitig informiert (sofern der Patient zustimmt). • Bei Patienten mit psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit > 30 Tage erfolgt frühzeitig eine Meldung an die zuständige IV-Stelle. • Innerhalb 24h erhalten die Nachbehandler einen Austrittsbericht (sofern der Patient zustimmt). • Patienten und Angehörige erhalten schriftliche und mündliche Informationen betreffend Rückfallprävention. • Eine Beratungs- und Informationsstelle steht den Angehörigen während und nach der Patientenhospitalisation zur Verfügung. 	
Weiterführende Unterlagen	--	

Projekttitel	Projekt NepThun	
Bereich	<input type="checkbox"/> internes Projekt	X externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	<ul style="list-style-type: none"> Das Projekt NepThun bezweckt, psychisch anhaltend und langzeit kranken Menschen durch ein umfassendes ambulantes Angebot ein Leben ausserhalb der Institution (PZM) zu ermöglichen. Entlastung vom Aufnahmepressur im Alltag 	
Beschreibung / Projekttablauf / Methodik	<p>Ausgangslage Zu viele Patienten werden zu lange stationär behandelt. Ambulante Angebote, welche deren Bedürfnissen entsprechen, sind für das PZM zu wenig verfügbar. Es wurde ein Pilotprojekt durch die Psychiatrischen Dienste Thun (PDT) initiiert, welches die Unterstützung des Kantons fand.</p> <p>Vorgehen</p> <ul style="list-style-type: none"> Erstellung eines Projektbeschriebs Definition der Schnittstelle zwischen den verschiedenen Akteuren Sicherstellen, dass die in Frage kommenden Patienten im PZM identifiziert werden Interne Abläufe definieren Ausführliche Informationen in allen medizinischen Bereichen des PZM inkl. Verteilung eines Flyers Parametrierung von Orbis, um die Patienten identifizieren zu können Klärung der interne Abläufe mittels Flussdiagramm Umsetzung des Pilotprojektes ab 14. August 2013 	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? X Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Zusammenarbeitsprojekt zwischen Psychiatrischen Diensten Thun (PDT), Psychiatrie Spitex Thun und PZM (medizinisches Personal)	
Projektelevaluation / Konsequenzen	<p>Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> Patienten, welche vom Angebot profitieren können, werden durch den zuständigen Oberarzt und die Bezugspflege bezüglich einer Teilnahme am Projekt informiert. Es findet ein Gespräch mit allen involvierten Diensten und den Patienten statt. Es konnten bereits >20 Patienten für das Programm gewonnen werden. Eine entsprechende Vereinbarung liegt vor. Das Projekt wird im Sommer 2014 das erste Mal ausgewertet. <p>Weiteres Vorgehen</p> <ul style="list-style-type: none"> Kontinuierlicher Austausch zwischen PDT, Spitex Thun und PZM über den konkreten Ablauf und die Probleme bei den wöchentlich stattfindenden Indikationsgesprächen, Feinabstimmung. Systematisches Erfassen der Patienten, die am Projekt teilnehmen oder eine Teilnahme ablehnen. 	
Weiterführende Unterlagen	--	



Schlusswort und Ausblick

Seit 2007 wird das QM-System im PZM nach dem EFQM-Modell systematisch aufgebaut.

Im November 2013 wurden im Rahmen eines Fremdasessments durch eine unabhängige externe Prüfstelle die Stärken des PZM bestätigt und weitere Verbesserungsmöglichkeiten identifiziert.

Nach diesem Fremdasessment wurde dem PZM die Anerkennung zur Excellence mit 4 Sternen erteilt. Diese Anerkennung widerspiegelt insbesondere die enormen Anstrengungen der Mitarbeitenden des PZM in der Qualitätsentwicklung.

Herauszuheben sind folgende Aktivitäten, die zur Qualitätsverbesserungen durchgeführt worden sind:

A. Führung

- Ein Führungskonzept sowie ein Funktionendiagramm sind erstellt worden und bilden die Grundlage für die Weiterentwicklung des Kaderns.
- Ein Führungsentwicklungskonzept ist erstellt worden. Führungsentwicklungskurse werden allen Kaderstufen angeboten.
- Strategische Ziele und abgeleitete operative Ziele werden jährlich festgelegt. Der Stand der Zielerreichung wird quartalsweise überprüft.
- Ein Cockpit mit den wichtigsten Kennzahlen wurde realisiert und steht seit Mitte 2013 allen Kadermitgliedern zur Verfügung.

B. Strategie

- Die Strategie wurde im 2012 revidiert. Deren Umsetzung hat im 2013 begonnen und wird 3-4 Jahre im Anspruch nehmen.
- Eine Balanced Scorecard (BSC) wurde ebenfalls ab 2013 auf Strategieebene eingeführt.
- Ein flächendeckendes Kommunikationskonzept ist erarbeitet und umgesetzt worden.

C. Mitarbeitende

- Eine Mitarbeiterbefragung ist erneut im Herbst 2012 durchgeführt worden. Im Frühling 2013 wurden die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung zusammen mit PZM Mitarbeitenden analysiert. Gemeinsame Massnahmen wurden definiert und werden bis Ende 2015 umgesetzt.

D. Partnerschaft und Ressourcen

- Eine Finanzplanung ist im 2010 erarbeitet worden und wurde am 1. Januar 2011 in Betrieb genommen.
- Mit der Einführung der Leistungserfassung (tacs) wurden alle Vorgaben für eine Betriebsbuchhaltung nach „REKOLE“ erfüllt und PZM erhält die „REKOLE“-Zertifizierung im Dezember 2011.

E. Prozesse

- Um die Strategie durch die Prozesse optimal zu unterstützen und die Dienstleistungen verbessern zu können, sind alle Prozesse systematisch analysiert und wo nötig neu definiert und umgesetzt worden.
- Ab 2013 werden Prozessindikatoren gemessen und bei Bedarf Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.
- Seit 2009 finden jährlich interne Audits statt.

F. Kundenbezogene Ergebnisse

- Seit ca. zehn Jahren wird die Patientenzufriedenheit mit einem externen Fragebogen gemessen. Seit 2006 werden diese Werte via Benchmarking verglichen. Einige Hinweise aus den Ergebnissen fliessen direkt in die Prozessoptimierung. Im 2013 ist der Fragebogen auf die Bedürfnisse des PZM überprüft worden. Als Folge davon ist ein neuer Fragebogen ausgewählt worden.
- Im 2011 wurde zum ersten Mal die Zuweiserzufriedenheit gemessen und die Ergebnisse mit drei anderen Kliniken verglichen. Als Folge wurde ein Zuweiserkonzept erarbeitet dessen Umsetzung bis Ende 2014 geplant ist.

G. Mitarbeiterbezogene Ergebnisse

- Zusätzlich zu der kantonalen Befragung wurde das erste Mal eine PZM-spezifische Befragung mit der Firma Mecon durchgeführt, was einen Benchmark mit anderen psychiatrischen Institutionen ermöglicht hat. Massnahmen werden bis Ende 2015 durchgeführt.
- Verschiedene Personalindikatoren werden 2 x pro Jahr analysiert und bei Bedarf werden Verbesserungsmaßnahmen initiiert.
- Seit 2008 wird eine Erhebung bei austretenden Mitarbeitern durchgeführt.



Anhänge

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:

H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

Beteiligte Gremien und Partner



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitätern im Kanton Bern) erarbeitet.

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform www.spitalinformation.ch nahe zu legen.



Die Qualitätsmessungen des ANQs (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitätern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen, Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SMAW) und der Schweizerischen Gesellschaft für Qualitätssicherung in der Medizin (SSM). Die Begleitdokumente Qualitätssicherung in der Medizin und Qualitätssicherung in der Zahnmedizin sind ebenfalls in der Vorlage für die H+-Vorlage enthalten.